

Директору клиники ООО «Аксон+»

Спириной М.Ф.

от ФИО _____

тел. _____

Заявление

Я, _____, прошу предоставить

справку для _____

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Дата рождения налогоплательщика _____

ФИО пациента _____

ИНН пациента / Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи) / Паспорт
(серия, номер, дата выдачи) _____

Дата рождения пациента _____

За какой период (год) _____

А также следующие документы:

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (_____)